

REPUBBLICA ITALIANA

**BOLLETTINO UFFICIALE**  
DELLA  
**REGIONE LOMBARDIA**

MILANO - MARTEDÌ, 30 OTTOBRE 2001

1° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO AL N. 44

S O M M A R I O

<b>DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 19 OTTOBRE 2001 - N. 7/6471</b>	
<b>Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale</b>	
	[3.2.0]
	<b>2</b>

[BUR2001031]

[3.2.0]

**D.G.R. 19 OTTOBRE 2001 - N. 7/6471****Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale****LA GIUNTA REGIONALE**

Vista la legge 5 giugno 1990, n. 135 «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS»;

Atteso quanto previsto dall'Atto d'intesa tra Stato e Regioni per la definizione di indirizzi ai fini di un'organica distribuzione dei compiti tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali nell'attività di prevenzione e assistenza delle infezioni da HIV, approvato, ai sensi dell'art. 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, il 7 novembre 1991;

Atteso, ancora, quanto previsto dal d.P.R. 14 settembre 1991 «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate»;

Visto il d.m. Sanità 13 settembre 1991 «Approvazione degli schemi - tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate»;

Visto il d.P.R. 8 marzo 2000 «Approvazione del progetto obiettivo AIDS 1998-2000»;

Visto il d.m. Sanità 17 maggio 1996 «Elenco delle strutture abilitate alla prescrizione delle specialità medicinali antiretrovirali per l'infezione da HIV»;

Richiamata la d.g.r. 13 settembre 1996, n. 6/18044 «Riordino delle competenze e delle procedure in materia di assistenza domiciliare ai malati di AIDS»;

Vista la d.c.r. 1° luglio 1998, n. VI/936 «Progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS per il triennio 1998 - 2000»;

Atteso che la citata d.c.r. n. VI/936/98 affida alla Giunta Regionale il compito di adeguare il sistema dei servizi e dei presidi preposti agli interventi extra-ospedalieri per i malati di AIDS ai nuovi bisogni conseguenti all'evoluzione dell'infezione e della malattia;

Atteso, in particolare, che la citata d.c.r. VI/936/98 prevede l'articolazione del sistema residenziale di assistenza dei malati di AIDS e sindrome AIDS correlate con le tipologie di cui a seguito:

a) residenze a prevalente carattere psico-sociale per l'accoglienza di pazienti in stato di relativo benessere fisico, ma con aspetti di disagio socio assistenziale, quali l'assenza di familiari o di riferimenti abitativi;

b) residenze con prevalente caratterizzazione sanitaria per l'accoglienza di pazienti gravemente compromessi o chiaramente terminali, con bisogni assistenziali elevati e necessità di supporto psicologico, da estendersi anche ai familiari, per la gestione delle ultime fasi della vita;

c) residenze di tipo misto che includano insieme pazienti gestibili secondo i modelli a) e b) precedentemente indicati;

Atteso, ancora, che il citato Progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS per il triennio 1998-2000 sollecita la sperimentazione di «forme assistenziali innovative riferibili a pazienti affetti da AIDS in fase non acuta, per i quali è ipotizzabile un'assistenza temporanea (Gruppi appartamenti) o nella sola fase diurna (Centri diurni)»;

Preso atto che la citata d.c.r. n. VI/936/98 prevede, in attuazione di quanto disposto dagli artt. 32 e 33 della legge 6 marzo 1998, n. 40, «Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione di straniero», l'estensione dell'assistenza extra-ospedaliera per malati di AIDS agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale;

Preso atto, ancora, che la citata d.c.r. n. VI/936/98 prevede l'estensione dell'assistenza extra-ospedaliera alle persone sottoposte a misure privative e limitative della libertà personale malate di AIDS nonché ai malati di AIDS senza fissa dimora presenti sul territorio regionale;

Richiamata la d.g.r. 7 maggio 1999, n. 6/42880 «Linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998-2000»;

Vista la d.g.r. 3 agosto 2000, n. 7/836 «Organizzazione del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV in Regione Lombardia»;

Vista la d.g.r. 3 agosto 2000, n. 7/838 «Organizzazione della rete dei servizi per l'esecuzione della profilassi post-esposizione accidentale ad HIV (PPE) della regione Lombardia e definizione delle modalità operative»;

Visto il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» e sue successive modificazioni;

Visto, il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, «Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419» ed in particolare gli artt. 3-quinquies e 3-septies, nei cui ambiti si stabilisce che le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, tra cui le patologie per infezioni da HIV, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e sono garantite a livello distrettuale;

Atteso quanto previsto agli artt. 8 - 8-octies del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 «Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419» in materia di accreditamento, di accordi contrattuali e di remunerazione delle prestazioni alle strutture, pubbliche e private, accreditate;

Visto il d.P.R. 23 luglio 1998 «Approvazione del Piano Sanitario nazionale per il triennio 1998-2000»;

Atteso quanto disposto all'art. 8 del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 «Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419»;

Visto d.m. Ministro della Sanità e Ministro della Giustizia di concerto con il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica del 21 aprile 2000 «Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario»;

Vista la l.r. 5 gennaio 2001, n. 1 «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle Regioni e agli Enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), sue modificazioni ed integrazioni»;

Vista la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale sua integrazione con le attività dei servizi sociali», sue modificazioni ed integrazioni;

Vista la d.g.r. 20 febbraio 1998, n. 6/34726 «Approvazione delle linee guida per la organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere», ed in particolare i punti 3 e 3.3, che identificano il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, anche nelle sue articolazioni distrettuali, come luogo dell'integrazione funzionale tra attività sanitarie, socioassistenziali e socioassistenziali a rilievo sanitario nonché quale erogatore della funzione di assistenza domiciliare integrata;

Vista la d.c.r. 6 agosto 1998 n. VI/38133 «Attuazione dell'art. 12, comma 3 e 4, della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31. Definizione di requisiti e di indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie (a seguito di parere della Commissione consiliare competente)»;

Visto il d.P.R. 22 luglio 1996, n. 484 «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 8 del d.lgs. 502 del 1992, come modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996»;

Atteso quanto previsto nella d.g.r. 4 novembre 1996, n. 19950 «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Recepimento degli accordi regionali di cui al capo VI dell'A.C.N. (d.P.R. n. 484 del 22 luglio 1996)»;

Atteso, ancora, quanto previsto alla d.g.r. 19 marzo 1999, n. 6/42041 «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Recepimento degli accordi regionali siglato in data 23 dicembre 1998»;

Vista la d.g.r. 30 novembre 1998, n. 6/39990 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative (a seguito parere commissione consiliare competente)»;

Visto l'Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni, le provincie autonome di Trento e Bolzano e le provincie, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative» della Conferenza Unificata del 19 aprile 2001;

Visto il d.p.c.m del 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie»;

Preso atto della d.g.r del 20 novembre 1998 n. 39652, recante «Approvazione schema-quadro di protocollo d'intesa disciplinante i rapporti tra il Comune di Milano e ASL Città di Milano, ex articolo 15, comma 5, l.r. 11 luglio 1997, n. 31:

Norme di riordino per il servizio sanitario regionale e sua integrazione con l'attività dei servizi sociali» e in particolare del punto 3.3 – Area adulti in difficoltà – che prevede che il Comune di Milano si faccia «carico della quota sociale relativa all'assistenza domiciliare per i malati terminali ed i malati di HIV positivo», intendendo con questo riferirsi al complesso degli interventi integrativi, di norma ordinati al reinserimento sociale di tali soggetti, attivati a supporto degli interventi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria, garantiti dal Servizio Sanitario Regionale ed a valere sullo stesso fondo, di cui all'art. 3-septies, comma 4 e 5 del d.lgs. 229/99 e del presente atto;

Visto la legge 26 luglio 1973, n. 354 «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà»;

Visto il d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 «Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà» e sue successive modificazioni;

Visto il d.P.R. 22 settembre 1998, n. 447 «Codice di Procedura Penale» e sue successive modificazioni;

Atteso quanto previsto nel Protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia ed il Ministero della Giustizia sottoscritto dalle parti in data 22 febbraio 1999;

Visto il d.m. Ministro di Grazia e Giustizia di concerto con il Ministro della Sanità del 18 novembre 1998 recante «Schemi di convenzione per prestazioni assistenziali, da parte di aziende sanitarie, ai casi di AIDS nei confronti dei detenuti»;

Visto la legge 12 luglio 1999, n. 231 «Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti di soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave»;

Visto il d.m. Ministro della Sanità di concerto con il Ministro di Grazia e Giustizia del 21 ottobre 1999 recante «Definizione dei casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria per i fini di cui alla legge 12 luglio 1999, n. 231»;

Visto il d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»;

Vista la circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5 «Indicazioni operative del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria»;

Visto il d.P.R. 31 agosto 1999 «Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286»;

Atteso quanto previsto dall'art. 32, comma 3 e 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica»;

Considerato che la Commissione tecnico scientifica regionale per la lotta all'AIDS e per le malattie a trasmissione sessuale, per l'elaborazione degli interventi extra-ospedalieri ai malati di AIDS, ha costituito al proprio interno un gruppo tecnico di lavoro ordinato a tal fine;

Considerato, ancora, che la Commissione tecnico scientifica regionale per la lotta all'AIDS e per le malattie a trasmissione sessuale per le problematiche relative all'assistenza ai malati di AIDS sottoposti a misure privative o limitative della libertà personale, ha costituito al proprio interno un gruppo tecnico di lavoro ordinato allo scopo, con la partecipazione di funzionari ed esperti in rappresentanza del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Lombardia e del Tribunale di Sorveglianza della Corte d'Appello di Milano;

Atteso quanto proposto dai citati gruppi di lavoro della Commissione tecnico scientifica regionale per la lotta all'AIDS e per le malattie a trasmissione sessuale;

Atteso che la citata d.g.r. 7 maggio 1999, n. 6/42880, prevede che entro 180 giorni della sua approvazione le Aziende Sanitarie Locali devono presentare il Piano triennale locale di lotta all'AIDS, di cui alla citata d.c.r. VI/936/98;

Atteso che i fondi previsti dalla deliberazione CIPE 6 maggio 1998, n. 55, finalizzati all'adeguamento, alla realizzazione e all'attivazione di strutture per l'assistenza extra-ospedaliera per malati di AIDS ed il potenziamento dei centri per le malattie a trasmissione sessuale, a seguito della deliberazione

CIPE 6 agosto 1999, n. 141, concernente il riordino delle competenze del CIPE, non sono ancora stati erogati agli Enti attuatori, tra cui le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere;

Ritenuto, pertanto, opportuno prorogare di 120 giorni dall'approvazione del presente atto la data entro cui le Aziende Sanitarie Locali devono predisporre od adeguare, se già deliberato, il Piano triennale locale di lotta all'AIDS, secondo le indicazioni di cui alle citate d.c.r. n. VI/936 dell'1 luglio 1998 «Progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS per il triennio 1998-2000» e della d.g.r. n. 6/42880 del 7 maggio 1999 «Linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998-2000» nonché del presente atto;

Atteso che la Commissione tecnico scientifica regionale per la lotta all'AIDS e per le malattie a Trasmissione sessuale ha in più sedute approfondito il documento recante «Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e per la presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale» e definitivamente approvato in data 10 luglio 2000;

Valutata la necessità di sperimentare e monitorare la scheda di valutazione multidimensionale AIDASS e i punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziali necessari per l'ammissione alle diverse tipologie di servizi e presidi extraospedalieri per malati di AIDS, di cui agli allegati 2 e 3 del provvedimento allegato alla presente deliberazione;

Considerato che il contenuto del presente atto investe l'intera attività territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale e che pertanto si rende opportuno proporre il presente atto d'intesa tra la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Ritenuto, pertanto, necessario procedere, per le ragioni esplicitate nella premessa, all'approvazione del provvedimento «Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e per la presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale», allegato alla presente deliberazione, come parte integrante e sostanziale della stessa;

Ritenuto, altresì, di procedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Vagliate e fatte proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge:

#### DELIBERA

1. di stabilire che spetta alle Aziende Sanitarie Locali il compito di:

– elaborare ed attuare il Programma triennale locale di lotta all'AIDS, secondo le modalità indicate nella citata d.c.r. VI/936 dell'1 luglio 1998, così come precisato dalla citata d.g.r. 6/42880 del 7 maggio 1999, e nel presente provvedimento «Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e per la presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale», comprensivo degli allegati nn. 1, 2, 3 alla presente deliberazione come parte integrante e sostanziale della stessa;

– attivare i necessari rapporti con le Aziende Ospedaliere ai fini di garantire l'esercizio delle attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali, ivi compresa l'assistenza farmacologica, così come previsto nel presente provvedimento;

– attivare i rapporti e le necessarie intese con gli Enti locali al fine di favorire l'integrazione delle prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria con le altre prestazioni sociosanitarie e con i servizi primari assicurati a livello distrettuale, così come previsto nel presente provvedimento;

– stipulare le necessarie convenzioni con l'Amministrazione Penitenziaria, ai fini di garantire l'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate sottoposti a misure privative e limitative della libertà personale, secondo le modalità indicate nel presente provvedimento;

– attivare i nuovi rapporti con le strutture ordinate all'assistenza extra-ospedaliera per malati di AIDS o sindromi AIDS correlate in conformità con quanto stabilito nel merito dalla Regione;

2. di disporre che:

a) l'attuale sistema di ammissione ai servizi e presidi per l'assistenza territoriale dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate cessa la sua validità a decorrere dal 31 dicembre 2001;

b) a decorrere dall'1 gennaio 2002 l'ammissione ai servizi e ai presidi per l'assistenza territoriale dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate si attua secondo le modalità stabilite dal presente provvedimento e in particolare da tale data entra

in vigore la scheda di valutazione multidimensionale AIDASS ed i conseguenti punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziale necessaria per l'ammissione alle diverse tipologie di servizi e presidi extraospedalieri per malati di AIDS, di cui agli allegati 2 e 3 del presente provvedimento;

c) la scheda di valutazione multidimensionale AIDASS e i punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziale necessaria per l'ammissione alle diverse tipologie di servizi e presidi extraospedalieri per malati di AIDS, di cui agli allegati 2 e 3 del presente provvedimento, saranno oggetto di sperimentazione, per la durata di 1 anno, dalla loro introduzione finalizzata a validare l'appropriatezza dello strumento adottato rispetto all'evoluzione epidemiologica della malattia, alle necessità trattamentali e ai costi sociosanitari conseguenti;

d) le modalità della sperimentazione saranno fornite alle Aziende Sanitarie Locali dalla Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione Sanitaria, avvalendosi di un apposito gruppo di lavoro;

e) al termine della sperimentazione la Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione, proceda, qualora sussistano le motivazioni, alle eventuali modifiche ed integrazioni della scheda di valutazione multidimensionale AIDASS e dei punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziale necessari per l'ammissione alle diverse tipologie di servizi e presidi extraospedalieri per malati di AIDS in conformità con quanto emerso dalla sperimentazione stessa;

f) l'Unità Organizzativa Prevenzione proceda al monitoraggio della scheda di valutazione multidimensionale AIDASS e dei punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziale necessaria per l'ammissione alle diverse tipologie di servizi e presidi extraospedalieri per malati di AIDS, così come definite dalla sperimentazione, per i successivi tre anni, al fine di valutarne efficienza e l'efficacia alla luce delle variazioni epidemiologiche della malattia;

g) l'implementazione del nuovo modello di assistenza territoriale dovrà essere supportato da un programma di formazione per gli operatori dei servizi e dei presidi territoriali coinvolti nel settore secondo le indicazioni che saranno a tal fine predisposte dalla Direzione Generale Sanità, nell'ambito dei programmi di formazione e aggiornamento di cui alla legge n. 135/90, a valere sul capitolo di bilancio n. 2.3.8.1.3196;

e) le iniziative di cui ai precedenti punti c), d) ed e) saranno attuate in collaborazione con la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

f) la data entro cui le Aziende Sanitarie Locali devono predisporre, o adeguare se già deliberato, il Programma triennale territoriale per la lotta all'AIDS, previsto nel «Progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS per il triennio 1998-2000», di cui alla d.c.r. VI/936 dell'1 luglio 1998, e nelle «Linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998-2000», di cui alla d.g.r. 6/42880 del 7 maggio 1998, nonché nel presente atto, è prorogata di 120 giorni dalla data di approvazione del presente atto;

g) i dati richiesti alle Aziende Sanitarie in attuazione del presente atto costituiscono debito informativo ai sensi dell'art. 14 della l.r. 31 dell'11 luglio 1997 e sono resi nel rispetto di quanto previsto all'art. 5, comma 1 e 2 della l. 135/90;

h) l'approvazione del Piano triennale di lotta all'AIDS segue le procedure di cui all'art. 13, comma 6, della legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997;

i) il presente provvedimento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Sala

## Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale

1. Premessa
2. Competenze
3. La rete di assistenza territoriale
4. Accesso alle strutture residenziali
  - 4.1 Assistenza domiciliare
  - 4.2 Rete dei presidi e delle strutture aspecifiche
5. Assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da HIV o malati di AIDS
6. Assistenza sanitaria dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria nell'area penale
  - 6.1 Accertamenti sanitari
  - 6.2 Misure cautelari
  - 6.3 Misure alternative alla detenzione
7. Malati di AIDS senza fissa dimora
8. Allegati

### *Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e per la presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale*

#### 1. Premessa

La Regione Lombardia con i Piani regionali per la lotta all'AIDS da sempre si è interrogata sull'andamento dell'infezione da HIV al fine di adeguare il proprio sistema dei servizi agli irrinunciabili obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura degli stati di AIDS e sindromi AIDS correlate.

In coerenza con tale azione il Progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS per il triennio 1998-2000, approvato con d.c.r. VI/936 dell'1 luglio 1998, affida alla Giunta Regionale il compito di adeguare l'intero sistema dei servizi preposto agli interventi nel settore, fornendo i relativi criteri, così da renderlo capace di interpretare le nuove domande che provengono dai malati di AIDS e dalle loro famiglie.

Lo stato dell'infezione da HIV e soprattutto della malattia sollecita un profondo ripensamento dell'intera assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi correlate di cui il Progetto obiettivo AIDS si è fatto chiaramente carico.

Le case alloggio, tipologia d'intervento mutuata dall'esperienza delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti ma maggiormente orientata a fornire un'accoglienza di tipo familiare, in questi anni hanno accolto malati di AIDS, non di rado rifiutati dalle loro stesse famiglie, avendo cura, attesa la situazione clinica dei pazienti, di fornire loro, oltre alla necessaria assistenza sanitaria, l'aiuto a rassicurarsi con la propria vita ed a morire dignitosamente. La progettazione, dunque, era prevalentemente orientata al presente, nel tentativo di trovare e motivare ragioni perché anche il morire avesse un senso, un significato.

Sono stati anni difficili, di grande sofferenza e di grande impegno degli operatori addetti che, spesso supplendo carenze e lentezze dell'intervento pubblico, hanno dato voce e riconoscimento ai bisogni estremi di questi pazienti.

Oggi assistiamo a un quadro radicalmente cambiato. Le richieste di inserimento di pazienti terminali in case alloggio stanno sempre più diminuendo, l'età dei pazienti si sta alzando (mediamente si colloca nella fascia 31-40 anni), la permanenza nelle case alloggio subisce una dilatazione nel tempo.

Tale cambiamento, i cui primi segnali si registrano a partire dalla metà degli anni novanta, è essenzialmente dovuto all'introduzione della terapia combinata, prima degli inibitori della transcriptasi inversa poi dagli inibitori della proteasi, suscitando enormi speranze. Rimangono, tuttavia, grandi problemi irrisolti che investono aspetti clinici, terapeutici ed assistenziali.

I farmaci assunti richiedono un'adesione completa e puntuale alle prescrizioni, ivi compresi gli aspetti dietetici, in quanto la mancata adesione puntuale alla terapia è direttamente proporzionale alla sua inefficacia oltre che essere dannosa per lo sviluppo di mutanti resistenti con i quali comunemente fra qualche anno occorrerà confrontarsi.

I farmaci, ancora, sicuramente agiscono sul virus ma non

sono in grado di eradicarlo, pertanto la prospettiva è quella di una terapia a lungo termine – attualmente per tutta la vita anche se improponibile – con il sorgere conseguente di tossicità, che riducono la tolleranza anche psicologica dei pazienti, e di resistenze crociate che possono esaurire le possibilità di terapia.

Dal punto di vista terapeutico ed assistenziale si evidenzia il riemergere di problematiche precedentemente attenuate dal rischio di morte concreto e tangibile. Ci si riferisce alla ripresa di comportamenti antecedenti la malattia quali: l'assunzione di droghe, il riacutizzarsi di situazioni di emarginazione, il riaprirsi di ferite e di conflitti familiari nonché la riapertura di precedenti situazioni penali, ecc.

Ancora si evidenziano sempre più accanto alle patologie organiche, neurologiche e psichiche correlate all'AIDS, problematiche psichiatriche «aspecifiche» legate a disturbi della personalità e/o alla risposta emotiva-comportamentale del soggetto sieropositivo all'evento sieropositività/malattia. Il tutto nel contesto di una malattia che sempre più sta connotandosi per la sua cronicità.

Si tratta, dunque, di ripensare l'operatività dei servizi, ordinati alla presa in carico dei malati di AIDS e sindromi correlate ed il loro stesso essere sul territorio. Non basta garantire a questi malati la necessaria assistenza sanitaria, è essenziale che tale assistenza si esprima all'interno di percorsi terapeutici – trattamenti in grado di favorire nei soggetti la rimotivazione alla vita e la riprogettazione di un futuro possibile ed appetibile, pur in una situazione esistenziale di precarietà che evoca percorsi di morte. La stessa aderenza alla terapia e alle sue gravose prescrizioni può nascere e motivarsi su una ritrovata voglia di vivere nonostante tutto, malgrado una malattia che ancora oggi sembra vincere la speranza di vita.

Si tratta di accompagnare il malato di AIDS a riviversi inserito nel contesto che si era lasciato, a recuperare relazioni e affetti, a ritrovare autonomia personale ed economica con tutte le difficoltà che ciò comporta. L'evocazione delle difficoltà di rientro nel mondo del lavoro e/o di rientro nella propria famiglia possono orientare a ben comprendere le difficoltà personali e progettuali che occorre elaborare. Si tratta di percorsi difficili che diventano ancora più impervi quando la famiglia non c'è, quando la malattia AIDS è associata a forme di emarginazione grave quale la tossicodipendenza prolungata, l'esperienza carceraria, la condizione di straniero spesso illegalmente presente sul nostro territorio, la condizione di senza fissa dimora ecc.

Occorre, infine, tenere presente che ancora oggi di AIDS si muore, per fortuna con sempre minore frequenza, ma si muore, quindi ci sono pazienti non autosufficienti o terminali di cui occorre farsi carico, garantendo loro vita degna di essere vissuta fino all'ultimo respiro.

La risposta al bisogno del malato di AIDS e sindromi correlate deve, quindi, essere sempre multidimensionale e flessibile, in grado di affrontare la condizione esistenziale del malato, di andare oltre la mera condizione sanitaria per assumere la sua intenzionalità, la sua affettività e la sua socialità. Si tratta di promuovere per il malato di AIDS una «vita di qualità» al cui fondo è dato ritrovare la percezione e il desiderio che il paziente ha del suo benessere e la capacità di rispondere alle esigenze concrete e specifiche del momento esistenziale che sta vivendo.

Si tratta di una complessità che può essere assunta solo a partire da un sistema di interventi a rete, dove la flessibilità si accompagna a una pluralità di offerte e ad interventi coordinati tra loro da una programmazione unitaria finalizzata a favorire percorsi di autonomia e di riposta ai bisogni dei malati di AIDS. Il tutto attuato in quella organizzazione dei servizi che è prossima alla gente, il distretto, luogo dell'integrazione funzionale ed organizzativa dei Servizi e delle attività, in conformità alle indicazioni programmatiche ed operative del Dipartimento di prevenzione, del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e del Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base istituzionalmente coinvolte nella prevenzione, diagnosi e cura dell'AIDS e sindromi AIDS correlate.

È quanto disposto dal Progetto Obiiettivo di lotta all'AIDS per il triennio 1998-2000 e che il Piano triennale di lotta all'AIDS, predisposto dalle Aziende Sanitarie Locali, è chiamato ad attuare nel rispetto delle peculiari esigenze del proprio territorio, dei suoi bisogni e delle sue risorse, delle sue necessità e delle sue opportunità, per una migliore qualità della vita che non escluda nessuno.

## 2. Competenze istituzionali

La Regione Lombardia, ancor prima della l. 135/90, aveva messo a disposizione risorse per attivare una rete d'interventi ordinati all'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi correlate.

Successivamente con i tre Piani regionali d'intervento per la lotta contro l'AIDS (d.c.r. n. IV/79 del 22 novembre 1985; n. IV/870 del 23 dicembre 1987; n. V/1246 del 22 novembre 1994) ed i conseguenti provvedimenti attuativi, relativamente all'assistenza dei malati di AIDS in comunità alloggio (d.g.r. n. 5/2009 del 20 novembre 1990; n. 5/53666 del 21 marzo 1990; n. 5/12039 del 30 luglio 1991; n. 5/35193 del 16 aprile 1993) ed all'assistenza domiciliare (n. 5/23089 del 27 maggio 1992; n. 5/41706 del 29 settembre 1993 e n. 6/18044 del 13 settembre 1996), il sistema extra-ospedaliero degli interventi a favore dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate ha assunto una precisa configurazione ed una propria specificità, le cui competenze vengono ricondotte alle Unità Sanitarie Locali, e da questa alle Aziende Sanitarie Locali, da esercitarsi in stretto raccordo con le strutture ospedaliere dotate di reparto di malattie infettive.

Parallelemente interviene nella materia, o con interesse nella materia, un complesso normativo (la l. 267/00, i Decreti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229; la l. 266/91; la l. 381/92 loro successive modificazioni ed integrazioni, e conseguenti provvedimenti attuativi regionali, tra i quali la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 e la l.r. 1/2000, loro successive modificazioni ed integrazione) attraverso cui prende forma la partecipazione della comunità locale e delle formazioni sociali alla programmazione, gestione e verifica delle attività socio-sanitarie a favore dei cittadini, nonché quanto previsto dal Decreto interministeriale 18 novembre 1998, dalla legge 231/99 e dal d.P.R. n. 394/99. Si tratta di disposizioni concernenti l'assistenza sanitaria dei soggetti affetti da AIDS nell'area penale, delle cure essenziali da garantirsi agli stranieri non iscritti al SSN. Il tutto nel quadro culturale e giuridico delineato dal «Protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia e il Ministero della Giustizia» concernente la collaborazione interistituzionale per il perseguimento degli obiettivi costituzionali dell'esecuzione penale, sottoscritto dalle parti il 22 febbraio 1999.

Tali indicazioni, emanate ai sensi dell'art. 43, comma 8, del d.P.R. 31 agosto 1999 n. 394, sono recepite dal presente atto e chiedono di essere puntualmente attuate su tutto il territorio regionale.

Di particolare rilievo, ai fini delle presenti linee guida, è il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 febbraio 2001, recante «Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie».

Il citato Atto d'indirizzo:

- prevede che l'assistenza sociosanitaria venga erogata a persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali;
- prevede che le prestazioni sociosanitarie siano erogate tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e dell'intensità dell'intervento assistenziale, nonché della sua durata, così come definito nell'Atto di indirizzo stesso;
- definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Nell'economia di queste linee guida sono d'interesse peculiare le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, definite come «prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria», che attongono a diverse aree, per altro definite nell'Atto di indirizzo citato, tra le quali quelle relative alle patologie per infezioni da HIV.

L'erogazione di queste prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria afferenti all'area delle patologie da infezioni da HIV è di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale e gravano sul fondo sanitario vincolato allo scopo. Sono prestazioni attribuite alla fase post-acuta e sono caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impiego congruente degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla prevalenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assisten-

za. Sono, ancora, prestazioni che possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali con intensità assistenziale estensiva e di lungo assistenza.

Infine, di rilievo sono i criteri di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie erogate nell'area delle patologie da infezione da HIV e definiti dal citato Atto d'indirizzo. Le prestazioni sociosanitarie erogate nella fase intensiva ed estensiva si prevedono a totale carico del fondo sanitario vincolato allo scopo, le prestazioni erogate nella fase di lungoassistenza prevedono una ripartizione della spesa tra Azienda Sanitaria Locale e Comune, nella misura non inferiore al 30% per ognuno, fatta salva la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, e infine gli eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo sono previsti a totale carico del Comune, fatta salva l'eventuale compartecipazione dell'utente.

Quanto definito dal Progetto Obiettivo di lotta all'AIDS per il triennio 1998-2000, di cui alla citata d.c.r. n. 936/98, che può essere considerato a buon ragione un'anticipazione di quanto previsto dal successivo Progetto obiettivo AIDS 1998-2000, di cui al d.P.R. 8 marzo 2000, risulta perfettamente compatibile con quanto previsto dall'Atto di indirizzo e pertanto si tratta, in queste linee guida, di darne applicazione all'interno del quadro in esso disposto.

Il Programma triennale locale di lotta all'AIDS è lo strumento programmatico, previsto nel citato Progetto obiettivo AIDS, attraverso il quale l'Azienda Sanitaria Locale, a partire dalla rilevazione del bisogno, garantisce a tutti gli aventi diritto (cittadini residenti o non residenti nella Regione, stranieri iscritti e non iscritti al SSN, nomadi o senza fissa dimora) l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, intra ed extra-ospedaliera, ai malati di AIDS e sindromi AIDS correlate.

In particolare il Piano triennale di lotta all'AIDS definisce:

- il Programma territoriale delle attività di prevenzione dell'infezione da HIV, da attuarsi così come disposto dalla d.g.r. n. 6/42880 del 7 maggio 1998;
- l'organizzazione della rete per le Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) con l'attivazione del Centro di riferimento per le infezioni da HIV (CRH), così da garantire un'adeguata sorveglianza epidemiologica delle MTS e l'esercizio delle funzioni indicate nella materia del Progetto obiettivo AIDS, da attuarsi così come disposto dalla d.g.r. n. 7/836 del 3 agosto 2000;
- l'organizzazione della rete dei Centri abilitati alla proposta ed alla esecuzione della profilassi post - esposizione accidentale ad HIV, così come stabilito dalla Regione, da attuarsi così come disposto dalla d.g.r. n. 7/838 del 3 agosto 2000;
- la rete dei presidi e delle strutture per l'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS accreditati e presenti sul proprio territorio, attivando i necessari accordi contrattuali, di cui all'art. 8, quinquies del d.lgs. 229 del 19 giugno 1999, così da soddisfare il fabbisogno assistenziale del proprio territorio;
- la rete dei presidi e delle strutture specifiche e aspecifiche che sono coinvolte nell'assistenza ai malati di AIDS e sindromi correlate attraverso le necessarie intese con il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e con il Dipartimento dei Servizi sanitari di base;
- le intese con le Aziende Ospedaliere ai fini di garantire, negli ambiti di competenza, la diagnosi e la cura dei pazienti malati di AIDS e sindromi correlate, attraverso gli accordi di cui all'art. 8, quinquies del d.lgs. 229 del 19 giugno 1999, nonché il coordinamento tra l'assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, ivi compresa l'assistenza specialistica e farmaceutica, al fine di garantire la necessaria continuità terapeutica;
- i rapporti e le necessarie intese con gli Istituti penali ed i Centri Servizi Sociali per Adulti (CSSA) dell'Amministrazione penitenziaria per l'assistenza ai malati di AIDS e sindrome correlate sottoposti a misure restrittive o private della libertà personale da attuarsi con le modalità di cui al presente atto;
- i rapporti e le necessarie intese con gli Enti Locali al fine di favorire l'integrazione delle prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria con le altre prestazioni socio sanitarie e con i servizi primari assicurati a livello distrettuale, nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del d.lgs. 229/99;
- le modalità per assicurare ai cittadini stranieri presenti

sul territorio regionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio nazionale, le prestazioni sanitarie, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, in ordine alla profilassi, la diagnosi e la cura dell'AIDS e sindromi AIDS correlate, secondo le indicazioni contenute nel presente atto;

- le modalità di monitoraggio dei bisogni assistenziali dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate, nonché l'attivazione del sistema informativo, così come da indicazioni regionali, i cui dati costituiscono debito informativo verso la Regione;
- le modalità di verifica e controllo della qualità delle prestazioni erogate dalla rete dei presidi e delle strutture specifiche e aspecifiche deputate all'assistenza dei malati di AIDS e sindromi correlate, così come stabilito dalla Regione.

Il Dipartimento di prevenzione, quale strumento dell'Azienda Sanitaria Locale per l'esercizio delle funzioni attribuite dal Progetto obiettivo AIDS, predispone e cura l'attuazione di quanto previsto nel Programma triennale locale di lotta all'AIDS, d'intesa con il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e in collaborazione con gli altri Dipartimenti dell'Azienda, nel rispetto delle competenze a ciascuno attribuite.

In particolare, in ordine all'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS, il Dipartimento di prevenzione, quale struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, esercita le seguenti funzioni:

- sovrintende alla elaborazione ed all'attuazione del Piano triennale locale di lotta all'AIDS e relaziona alla Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione, sull'andamento dello stesso;
- promuove l'attivazione di tutte le risorse necessarie per garantire le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ai malati di AIDS e sindromi AIDS correlate d'intesa con il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e in accordo con gli altri Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale. Il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate d'intesa con il Dipartimento di prevenzione a tal fine propone al Direttore Generale i necessari accordi con gli Enti locali ed il privato sociale;
- governa l'accesso all'assistenza domiciliare e alle strutture extra-ospedaliere per malati di AIDS e autorizza le procedure per l'inserimento e le dimissioni dei pazienti, anche ai fini della remunerazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, in conformità a quanto previsto dal presente atto;
- verifica, coinvolgendo il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e nel rispetto delle indicazioni regionali, il possesso dei requisiti strutturali e gestionali delle unità di offerta ordinate all'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate individuate dal Progetto obiettivo AIDS ai fini dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture;
- rendiconta alla Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione, l'attività svolta e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dalle Unità di offerta - strutture ed assistenza domiciliare - della rete extra-ospedaliera per l'assistenza dei malati di AIDS, erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza, ai fini della remunerazione delle stesse;
- vigila sulla quantità e qualità delle prestazioni erogate a favore dei malati di AIDS e sindromi correlate.

L'accesso all'assistenza domiciliare e alle strutture extra-ospedaliere accreditate per malati di AIDS è garantita nel rispetto del potere di autodeterminazione del soggetto malato di AIDS e sindromi AIDS correlate, cioè della possibilità dell'interessato di scegliere, tra i vari servizi possibili, quello che meglio risponde alle proprie esigenze, fatta salva la valutazione dell'appropriatezza dello stesso e la valutazione del rapporto costo/benefici per quanto a carico delle collettività. Compete all'Azienda Sanitaria Locale supportare e fornire tutte le informazioni utili sulle strutture e sulle Unità d'Offerta accreditate, anzitutto del proprio territorio e nei territori limitrofi, per favorire una scelta appropriata e consapevole da parte dell'interessato.

Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione autorizza la presa in carico delle richieste di assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate provenienti

dai servizi e dai presidi sanitari e sociali presenti sul territorio, nonché dai servizi penitenziari e penali e dalla Magistratura competente, a seguito del piano individualizzato di assistenza redatto dall'Azienda Sanitaria Locale sulla scorta di valutazione multidimensionale del bisogno del paziente e nel rispetto dei criteri di accesso stabiliti dalla Regione.

La presa in carico delle richieste di assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate è effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale tramite il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate e con il Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base e si realizza attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno del paziente in termini contestuali dal punto di vista clinico, della disabilità e della severità clinica ed esistenziale. Tale valutazione multidimensionale è formulata, avvalendosi delle osservazioni formulate dal medico di medicina generale del paziente malato di AIDS (qualora trattasi di minore dal pediatra di libera scelta) e dei Servizi che hanno avuto o hanno in carico il paziente, procedendo alla compilazione della Scheda di valutazione predisposta dalla Regione di cui all'Allegato n. 2.

Sarà premura dell'Azienda Sanitaria Locale attivare i necessari rapporti con le Aziende Ospedaliere dotate di reparto di malattie infettive così da consentire la circolazione delle informazioni per l'adeguata valutazione delle condizioni del paziente, anche con il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri, l'approfondimento diagnostico nelle situazioni più complesse, la continuità terapeutica per i pazienti già accolti in ospedale e presi in carico dall'Azienda Sanitaria Locale.

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dalle strutture extra-ospedaliere per malati di AIDS e sindromi AIDS correlate deve avvenire nel rispetto dei criteri di accesso stabiliti dalla Regione, di cui all'allegato n. 3 ed è di competenza del responsabile del Dipartimento di Prevenzione, anche ai fini dell'imputazione dei rispettivi oneri economici.

In fase di prima applicazione, per particolari situazioni che dovessero incidere in modo significativo sul percorso terapeutico assistenziale dei malati di AIDS e non riconducibili agli *items* previsti dalla scheda di valutazione, di cui all'allegato 2, il Responsabile del Dipartimento di prevenzione, d'intesa con il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, può disporre l'ammissione di soggetti nelle diverse tipologie di Unità di offerta previste dalla rete dei servizi extra-ospedalieri per i malati di AIDS, motivandone per iscritto le ragioni. L'eventuale ammissione alle Unità d'offerta sarà relazionata a parte e allegata alle rendicontazioni da trasmettere all'Unità Organizzativa Prevenzione Sanitaria della Regione Lombardia.

L'inserimento dei malati di AIDS e sindromi AIDS correlate in Unità d'offerta della rete delle strutture extra-ospedaliere per malati di AIDS e sindromi AIDS correlate, avviene previa elaborazione di un piano di assistenza individualizzato, concordato con il paziente ed eventualmente ove possibile/opportuno con la sua famiglia.

È compito degli operatori che hanno in carico il malato di AIDS, sulla base della valutazione multidimensionale, effettuata attraverso la scheda di cui all'allegato 2, predisporre il suddetto piano individualizzato di assistenza, in accordo con il Comune di residenza del soggetto, che deve comprendere:

- la suddivisione del percorso di assistenza nelle fasi intensiva, estensiva, di lungo assistenza e di reinserimento sociale e lavorativo, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, recante di «Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie», anche ai fini della relativa imputazione degli oneri economici;
- l'accompagnamento alla presa in carico del malato di AIDS da parte dell'Unità di offerta accreditata, valutata idonea e scelta dall'interessato;
- il progetto assistenziale individuale, predisposto in collaborazione con l'Unità di offerta;
- il monitoraggio e le verifiche periodiche del piano e del progetto assistenziale individualizzato ai fini di adeguare la risposta al mutare del bisogno del paziente, nel rispetto dei tempi massimi di assistenza stabiliti per la fase estensiva e di lungoassistenza dalla Regione.

Al fine di garantire la continuità terapeutica necessaria per la realizzazione del piano individualizzato di assistenza, atteso che tale piano coinvolge servizi e strutture del Comune,

l'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, stabilisce con i Comuni interessati i necessari accordi.

L'Azienda Sanitaria Locale individua, tra gli operatori dell'Azienda stessa che hanno in carico il malato di AIDS e sindromi AIDS correlate, un operatore referente per ogni malato (figura assimilabile a un *case manager*) che supporta l'équipe multidisciplinare degli operatori che predispongono il piano individualizzato, allo scopo di evitare frammentazioni, contraddizioni e sovrapposizioni tra i diversi servizi e Unità d'offerta che collaborano per la realizzazione di quanto previsto nel suddetto piano.

L'operatore referente del malato di AIDS o sindromi AIDS correlate trasmette al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione la proposta di assistenza domiciliare o inserimento della struttura extra-ospedaliera per i malati di AIDS o sindromi AIDS correlate, corredata dal piano individuale di assistenza e della scheda di valutazione di cui all'allegato n. 2 del presente atto.

L'operatore referente del malato di AIDS o sindromi AIDS correlate trasmette, altresì, al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione la proposta motivata e documentata, predisposta dall'équipe multidisciplinare, per l'eventuale superamento dei tempi massimi di assistenza (fase estensiva e di lungoassistenza) stabiliti dalla Regione per l'assistenza nelle diverse strutture preposte agli interventi nel settore.

Quanto alla terapia farmacologica dei malati di AIDS l'attuale normativa prevede:

– farmaci per il trattamento dell'AIDS classificati in fascia H, per i quali, ai sensi del d.m. Sanità del 17 maggio 1996, solo i reparti ospedalieri per le malattie infettive in tal sede individuati sono abilitati alla prescrizione;

– farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione, da parte delle strutture pubbliche e da parte delle farmacie aperte al pubblico (nota 37 della Commissione Unica del Farmaco), che il Servizio farmaceutico dell'Azienda Sanitaria Locale è in grado di acquisire e di rendere disponibili a livello distrettuale per le terapie domiciliari o presso le strutture extra-ospedaliere per malati di AIDS.

In entrambi i casi è essenziale da parte dell'Azienda Sanitaria Locale, e per essa del medico che ha in carico il malato di AIDS e sindromi AIDS correlate, assumere la responsabilità terapeutica, che la esercita, secondo competenza, avvalendosi dell'Azienda Ospedaliera per i trattamenti farmacologici che prevedono l'impiego di farmaci classificati in fascia H.

In ogni caso deve sempre essere individuato per ogni paziente un responsabile della terapia, compresa quella farmacologica, di norma identificato nel medico di medicina generale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 34 del citato d.P.R. 22 giugno 1996, n. 484 e dalla d.g.r. 5/12317 del 30 luglio 1991, dalla circolare 15/an/93 del 18 marzo 1993, nonché dalle note prot. n. 84656/G – 23443/S del 22 aprile 1993, prot. 14601/G – 39274/S del 5 luglio 1995 e n. 314513/G – 59841/S dell'8 luglio 1997 relativamente al passaggio in cura del paziente. In tal caso deve essere formalizzato al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, per iscritto, l'avvenuto passaggio in cura allo specialista dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera. Per tutti gli altri farmaci valgono le norme che disciplinano l'assistenza farmaceutica per tutti i cittadini.

Tutte le funzioni di assistenza farmaceutica e specialistica previste dal d.m. Sanità di concerto con il Ministero della Giustizia del 18 novembre 1998 a favore dei detenuti ristretti negli Istituti penali della Lombardia sono assicurate dall'Azienda Sanitaria Locale in cui ha sede l'Istituto penale.

Per l'esercizio di tali funzioni l'Azienda Sanitaria Locale si avvale, per quanto di competenza, delle Aziende Ospedaliere in cui ha sede un'Unità Operativa di Malattie Infettive, di cui al citato d.m. Sanità 17 maggio 1996, mediante la stipula delle convenzioni previste dal citato Decreto ministeriale 18 novembre 1999.

Nell'ambito degli accordi tra le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere per la fornitura delle prestazioni agli Istituti penitenziari e penali della Lombardia dovranno essere definiti:

1. le modalità di esecuzione degli esami specialistici necessari non assicurabili dalle strutture penitenziarie;

2. le modalità dei prelievi e del trasporto al laboratorio dei campioni biologici attraverso un apposito protocollo diagnostico terapeutico;

3. le modalità di rendicontazione, ai fini dell'imputazione dei costi al Ministero della Giustizia.

Le analisi ai fini del monitoraggio dell'infezione da HIV dei detenuti sono effettuate dai laboratori accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale in conformità con quanto disposto dalla Regione in materia.

In ogni caso l'Azienda Sanitaria Locale, dovrà garantire in tutti gli Istituti penitenziari e penali presenti nel proprio territorio:

- la prescrizione farmacologica e la supervisione del trattamento farmacologico;
- il monitoraggio clinico e strumentale incluso l'esame microbiologico per la tubercolosi, il viral load e la tipizzazione lificitaria negli Istituti penitenziari non dotati di reparti speciali per il trattamento di persone con malattie infettive o non convenzionati con lo specialista infettivologo.

Ovviamente la terapia deve essere garantita nel rispetto delle Linee guida sulla terapia antiretrovirale emanate dal Ministero della Sanità ed attuate sotto la responsabilità del medico di medicina generale che ha in cura il paziente e, in caso di sua assenza, di un medico specialistico infettivologo designato dall'Azienda Sanitaria Locale, che prenda in carico il paziente. In presenza del medico infettivologo penitenziario la terapia sarà concordata, in sua assenza, sarà comunicata al responsabile sanitario della struttura penitenziaria.

Ai fini, poi, di garantire un'efficace terapia farmacologica ed evitare il più possibile lo sviluppo delle resistenze ai farmaci:

- qualora trattatisi di pazienti affetti da AIDS immigrati e temporaneamente presenti sul territorio nazionale o persone senza fissa dimora, la terapia farmacologica potrà essere garantita solo previa verifica dell'effettiva possibilità di garantire a tale terapia continuità nel tempo e a tal fine il soggetto dovrà essere in carico alle strutture deputate all'assistenza farmacologica e ad una struttura della rete per l'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS, in conformità con quanto previsto nella presente deliberazione;
- qualora trattatisi di detenuto, compete al Ministero della Giustizia garantire la terapia farmacologica ai detenuti affetti da AIDS trasferiti in altri Istituti penitenziari e di tale garanzia dovrà essere data comunicazione al medico infettivologo dell'Azienda Sanitaria Locale che ha in carico il paziente.

Nelle situazioni dove non sia possibile garantire la continuità terapeutica farmacologica, il medico che ha in cura il paziente e, in caso di sua assenza, il medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale, dotato di adeguata professionalità dovrà esplicitare le ragioni della mancata ammissione al trattamento.

I detenuti malati di AIDS e sindromi AIDS correlate di nuovo ingresso negli Istituti penitenziari mantengono la terapia farmacologica in atto e di ciò deve in ogni caso essere data comunicazione all'Azienda Sanitaria Locale, nella persona del medico che ha in cura il paziente o, in caso di sua assenza, del medico designato dall'Azienda Sanitaria Locale, entro le 24 ore ai fini della conferma della stessa o dell'eventuale modifica. Ogni modifica terapeutica deve essere autorizzata dal medico dell'Azienda Sanitaria Locale che ha o prende in cura il paziente detenuto.

Ai dati della cartella clinica depositata presso gli Istituti penitenziari può accedere il personale avente titolo dell'Azienda Sanitaria Locale e dell'Azienda Ospedaliera.

### 3. La rete di assistenza territoriale

L'assistenza extra-ospedaliera per i malati di AIDS e sindromi AIDS correlate è attuata nella Regione attraverso la rete dei presidi specificatamente dedicati allo scopo ed attraverso l'assistenza domiciliare.

Quanto all'assistenza domiciliare il Progetto obiettivo AIDS per i triennio 1998-2000 non aggiunge molto rispetto a quanto precedentemente stabilito, fatto salvo un forte richiamo alle Aziende Sanitarie Locali ad attivare servizi sanitari e sociali domiciliari adeguati così da consentire, là ove possibile, la permanenza in famiglia dei malati di AIDS fino alle fasi estreme della vita.

Quanto ai presidi residenziali il Progetto obiettivo AIDS prevede tre tipologie di strutture:

1. *Residenze di tipo a)*: si tratta di residenze a prevalente

carattere psico-sociale, ordinati all'accoglienza di malati in stato di relativo benessere fisico ma con aspetti di disagio socio-assistenziale, quali l'assenza di familiari o di riferimenti abitativi. Queste strutture, in conformità al citato Atto d'indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nella fase di lungoassistenza, i cui oneri gravano sui Comuni e sull'Azienda Sanitaria Locale, così come previsto nel citato Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Si tratta di strutture a bassa intensità assistenziale.

- *Residenze di tipo b)*: si tratta di residenze, l'hospice, a prevalente caratterizzazione sanitaria, ordinata all'accoglienza di pazienti gravemente compromessi o terminali, con bisogni assistenziali elevati e necessità di supporto psicologico forte da estendersi anche ai relativi familiari, secondo programmi definiti dall'Azienda Sanitaria Locale d'intesa con la struttura di accoglienza. Le prestazioni erogate da queste strutture, in conformità al citato Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, sono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate nella fase intensiva ed estensiva, a totale carico del fondo sanitario vincolato allo scopo.

- *Residenze di tipo c)*: si tratta di strutture residenziali e semi-residenziali che accolgono pazienti con bisogni assistenziali e sanitari complessi secondo programmi definiti dall'Azienda Sanitaria Locale d'intesa con le strutture interessate:

1. la Casa Alloggio, ordinata all'accoglienza di malati di AIDS bisognosi di assistenza sanitaria e sociale. Le prestazioni erogate in queste strutture sono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate nella fase estensiva, come tali a totale carico del fondo sanitario vincolato allo scopo. Si tratta di strutture di media intensità assistenziale;
2. il Centro diurno, ordinato all'accoglienza ed all'assistenza sanitaria e sociale diurna dei malati di AIDS. Queste strutture, in conformità al citato Atto d'indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nella fase di lungoassistenza, i cui oneri gravano sui Comuni e sull'Azienda Sanitaria Locale, così come previsto nel citato Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie.

*Strutture sperimentali*: si tratta di strutture sperimentali dedicate all'accoglienza di malati di AIDS in condizioni del tutto particolari:

1. la residenza specificatamente dedicata all'accoglienza di malati di AIDS in età pediatrica, bisognosi di assistenza sanitaria e sociale adeguata alle peculiari esigenze minorili. Le prestazioni erogate in queste strutture sono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate nella fase estensiva e lungoassistenza, a totale carico del fondo sanitario vincolato allo scopo;
2. il Gruppo appartamento, struttura a bassa protezione sanitaria e sociale che accolgono malati di AIDS con peculiari problemi esistenziali, in fase di reinserimento sociale. Queste strutture, in conformità al citato Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria i cui oneri gravano sui Comuni.

Tutte le unità di offerta precedentemente citate debbono possedere i requisiti strutturali e gestionali stabiliti dalla Regione, dare corso agli adempimenti stabiliti dalla Regione in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture e di accreditamento delle stesse, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 8 del d.lgs. 229/99.

### 4. Accesso alle strutture residenziali

In conformità con quanto disposto dall'art. 13, comma 17, della legge 11 luglio 1997, n. 31, l'accesso alle strutture residenziali extra-ospedaliere per malati di AIDS e sindromi AIDS correlate, i cui costi gravano sul Fondo Sanitario Nazionale vincolato allo scopo, è autorizzato dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente, o da suo delegato.

L'ammissione alle strutture di assistenza extra-ospedaliera per i malati di AIDS e sindromi correlate è autorizzata sulla base:

- delle risultanze della valutazione del soggetto e della sua condizione effettuata dall'equipe multidimensionale de-



gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il soggetto, come da scheda di valutazione predisposta dalla Regione, di cui all'allegato 2 del presente atto;

- dell'accertamento, nel caso di quadri clinici misti, della prevalenza della patologia AIDS e sindromi correlate sulle altre patologie, così come disposto al punto 4.2 «Rete dei presidi e delle strutture aspecifiche»;
- dalla scelta, da formalizzarsi, da parte del soggetto della struttura assistenziale accreditata, fatta salva la valutazione dell'appropriatezza della stessa e dei relativi costi e benefici per quanto a carico della collettività da parte degli operatori dell'Azienda sanitaria Locale che hanno a carico il soggetto;
- del piano individualizzato assistenziale predisposto per il soggetto dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che lo hanno in carico, articolato nelle fasi intensiva, estensiva, di lungoassistenza e di reinserimento sociale e lavorativo, con particolare riferimento al rispetto del grado di severità clinica e al grado di disabilità definito dalla Regione per l'ammissione alla tipologia della struttura prescelta, di cui all'allegato 3 del presente atto;
- delle risultanze della valutazione, da parte degli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il soggetto, del progetto assistenziale individualizzato predisposto dalla struttura residenziale che ha accettato di accogliere il soggetto;
- dell'accettazione delle condizioni previste negli accordi di cui all'art. 8 del d.lgs. 13 giugno 1999, n. 229.

L'autorizzazione all'accesso alle strutture residenziali extra-ospedaliere per i malati di AIDS deve essere formulata nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 20 giorni dalla richiesta. A fronte di particolari situazioni, su richiesta motivata e al fine di garantire la continuità assistenziale il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione può autorizzare l'accesso provvisorio alle strutture residenziali, fermo restando l'immediata attivazione degli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno o assumono in carico il paziente, i quali devono comunque verificare la situazione nei modi e nei tempi indicati nel presente atto ed elaborare il relativo piano individualizzato di assistenza, entro 30 giorni dall'inserimento nella struttura. Deve contestualmente essere individuato l'operatore dell'Azienda Sanitaria Locale referente del paziente.

Non possono essere esposti costi assistenziali per i pazienti non autorizzati all'ingresso nella struttura da parte del Responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente e con la quale l'Unità di offerta non abbia attivato gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 del d.lgs. 229/99.

Qualora la struttura residenziale alla quale accede il paziente sia collocata fuori dal territorio della propria Azienda Sanitaria Locale, il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione d'intesa con il Responsabile del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate può chiedere la valutazione e il monitoraggio in itinere della situazione da parte degli operatori di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale sede della struttura, fermo restando che compete al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di residenza del soggetto l'autorizzazione all'inserimento nella struttura ed allo stesso deve pervenire la rendicontazione delle prestazioni erogate.

Qualora un cittadino malato di AIDS residente sul territorio regionale chieda di essere accolto in strutture residenziali per malati di AIDS situate fuori dal territorio regionale, regolarmente autorizzate, convenzionate o accreditate con il servizio sanitario regionale di riferimento per tali strutture, compete al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di residenza del soggetto autorizzare l'inserimento, riconoscendo l'onere economico stabilito in tale Regione, fino ad un massimo della remunerazione economica stabilita in Regione Lombardia.

Le prestazioni extra-ospedaliere degli assistiti provenienti dalle altre Regioni sono autorizzate dall'Azienda Sanitarie Locali di residenza del soggetto, in analogia con quanto contemplato nel citato art. 13, comma 17, della l.r. 31/97, sono remunerate direttamente dall'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'utente.

Al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di residenza del soggetto in ogni caso compete, anche avvalendosi della collaborazione dei Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale

sede della struttura residenziale, la vigilanza sull'andamento del progetto individualizzato di assistenza.

Le strutture e i servizi di assistenza extra-ospedaliera per malati di AIDS forniscono le loro prestazioni nel rispetto dei tempi massimi di assistenza per paziente indicati dalla Regione. Partecipano alla verifica del trattamento, con le scadenze indicate dal piano e dal progetto assistenziale individualizzato, sono tenuti a fornire all'operatore referente del paziente dell'Azienda sanitaria i dati necessari per tale verifica e la relazione finale alla dimissione del soggetto. A fronte di situazioni particolarmente gravose accertate, il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di residenza del paziente, su proposta degli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il paziente e trasmessa dall'operatore referente, può concedere proroghe individuali e motivate da verificare a scadenza periodica (trimestrale).

#### 4.1 Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare dei malati di AIDS, non diversamente dagli altri interventi rivolti a tali soggetti, è chiamata ad interrogarsi con la dimensione della cronicità che sempre più caratterizza la condizione del malato di AIDS e sindromi AIDS correlate, con i vissuti di inguaribilità, di paura del contagio, del riaccutizzarsi delle infezioni opportunistiche, delle regressioni, dei tentativi di reinserimento e dei fallimenti, delle speranze e dei progetti di vita e delle delusioni, soprattutto con la fatica di contenere emotivamente la dimensione di morte che ancora oggi accompagna la condizione di malato di AIDS.

Tutto ciò costituisce una sfida all'assistenza domiciliare che sempre meno può essere assunta come semplice fornitura di prestazioni socio-sanitarie a domicilio, motivate da supposte convenienze economiche, per assicurare a progetto assistenziale che, a partire dalle risorse del soggetto e della sua famiglia, persegue percorsi di autonomia, di qualità della vita, riconosciuti e condivisi dal soggetto stesso e dalla sua famiglia.

Le procedure per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che per i malati di AIDS e sindromi AIDS correlate configura l'erogazione di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, devono essere autorizzate dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del soggetto ed allo stesso deve pervenire la rendicontazione delle prestazioni nella fase intensiva, estensiva e lungoassistenza erogate.

L'ammissione all'ADI è subordinata al rispetto dei seguenti requisiti:

1. delle risultanze della valutazione del soggetto e della sua condizione da parte dell'Azienda Sanitaria Locale, come da scheda di valutazione predisposta dalla regione, di cui all'allegato 2;
2. l'accertamento, nel caso di quadri clinici misti della prevalenza, della patologia AIDS e sindromi AIDS correlate sulle altre patologie;
3. la formulazione del piano individualizzato di assistenza, così come previsto per l'accesso alle strutture residenziali;
4. individuazione del grado di disabilità e della severità clinica ed assistenziale del soggetto, così come definito dalla Regione per l'ammissione all'assistenza domiciliare, di cui all'allegato 3 del presente atto;
5. accertamento sull'effettiva impossibilità permanente o temporanea del soggetto a deambulare o sull'impossibilità dello stesso al trasporto presso l'ambulatorio con i mezzi comuni (paziente non autosufficiente o abitante in stabili con barriere architettoniche).

L'autorizzazione all'accesso alla assistenza domiciliare per i malati di AIDS deve essere formulata nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 20 giorni dalla richiesta. A fronte di particolari situazioni, su richiesta motivata e al fine di garantire la continuità assistenziale, il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione può autorizzare l'accesso provvisorio del malato di AIDS all'assistenza domiciliare, fermo restando l'immediata attivazione degli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno o assumono in carico il paziente, i quali dovranno procedere alla verifica del caso nei modi e nei tempi indicati nel presente atto. Deve contestualmente essere individuato l'operatore dell'Azienda Sanitaria Locale referente del paziente.

Qualora l'assistenza domiciliare integrata acceda un cittadino malato di AIDS proveniente da altra Azienda Sanitaria locale della Regione Lombardia o da altra Regione, per l'am-

missione e per la rendicontazione delle prestazioni, si applica quanto previsto per l'inserimento nelle strutture residenziali, così come stabilito al punto 4. «Accesso alle strutture residenziali» del presente atto.

L'assistenza domiciliare ai malati AIDS e sindromi AIDS correlate può essere garantita nell'ambito dell'ADI già attivata dall'Azienda Sanitaria Locale, purché nel rispetto degli standard previsti dalla Regione per gli interventi nel settore.

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate nella fase intensiva, estensiva e di lungoassistenza, gravano sul fondo sanitario vincolato allo scopo, secondo l'entità e le modalità previste nel citato Atto d'indirizzo in materia di prestazioni sociosanitarie.

#### 4.2 Rete dei presidi e delle strutture specifiche

L'AIDS e sindromi AIDS correlate spesso si associa ad altre patologie, quali la malattia mentale, e la condizione di sieropositività o di malato di AIDS si associa ad altre condizioni quali la tossicodipendenza, la disabilità, la condizione minorile e anziana, ecc. In questo quadro si rileva che la terapia farmacologica antiretrovirale combinata permette il contenimento della malattia e la sua regressione. Si ritiene, pertanto, legittimo e doveroso che i malati di AIDS per le altre patologie debbano essere assistiti nelle strutture extra-ospedaliere preposte agli interventi per tali patologie, ovviamente con oneri a carico dei relativi fondi e ripartiti così come definiti, per le specifiche condizioni patologiche, dal citato Atto d'indirizzo in materia di prestazioni sociosanitarie.

In tal caso il Dipartimento di Prevenzione deve attivare gli accordi necessari con i servizi e presidi dell'Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere ai fini di garantire l'assistenza adeguata per gli aspetti conseguenti all'infezione da HIV. L'intervento assistenziale in questi casi deve avvenire nel normale circuito assistenziale predisposto alla tutela della specifica patologia, non potendosi ipotizzare circuiti paralleli per i malati di AIDS e sindromi correlate. Qualora ci si trovi, poi, di fronte a quadri clinici misti, il criterio per identificare le idonee strutture per la presa in carico del paziente è quello della patologia prevalente, certificata dall'Azienda Sanitaria Locale, fermo restando che, per gli aspetti concernenti la patologia AIDS e sindromi correlate, deve essere garantita la necessaria terapia farmacologica e un monitoraggio continuo della situazione clinica ed assistenziale del paziente.

Qualora il malato di AIDS sia accolto nel normale circuito assistenziale, i servizi extra-ospedaliere per malati di AIDS garantiscono la loro collaborazione e supporto, ivi compresa la terapia farmacologica, anche ai fini della ripresa in carico nel circuito dei servizi ordinati all'assistenza dei malati di AIDS in caso di aggravamento delle condizioni del paziente.

#### 5. Assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da HIV o malati di AIDS

L'assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da infezione da HIV o malati di AIDS iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è garantita dallo stesso, secondo le modalità di cui agli artt. 34 e 36 del d.lgs. 286 del 25 luglio 1998 ed agli artt. 42 e 44 del Regolamento attuativo di cui al d.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999.

L'assistenza sanitaria per gli stranieri regolarmente soggiornanti, ma non iscritti al SSN, affetti da infezione da HIV o malati di AIDS, è assicurata, negli ambiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente, dal SSN, così come indicato dall'art. 35, comma 1, del citato d.lgs. 286/98, nonché dall'art. 43, comma 1, del citato Regolamento attuativo.

L'assistenza sanitaria per gli stranieri presenti sul territorio regionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sul territorio nazionale, affetti da infezioni da HIV o malati di AIDS, negli ambiti di cui all'art. 35, comma 3, punto e) del citato d.lgs. 286/98 e dell'art. 43, comma 2 - 8, del citato d.P.R. 394/99, è assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale a parità di condizioni con i cittadini italiani.

In particolare, l'attività di diagnosi e cura dell'infezione da HIV, l'assistenza specialistica e le cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, e l'assistenza farmaceutica dei malati di AIDS sono garantite dal SSN, secondo le modalità previste dalla legge regionale n. 31/97 e conseguenti provvedimenti attuativi e gravano sul Fondo Sanitario Nazionale, fatta salva l'attribuzione degli oneri a carico dell'interessato o del Ministero degli Interni, secondo quanto previsto dall'art. 43, comma 4 e 6, del citato d.lgs. 286/98.

Gli interventi di prevenzione nonché l'assistenza extra-ospedaliere per gli stranieri malati di AIDS o sindromi AIDS correlate, presenti sul territorio regionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio nazionale, ed in particolare l'assistenza domiciliare e l'accoglienza nei centri diurni, in case alloggio e negli hospices per malati di AIDS, sono garantiti dall'Azienda Sanitaria Locale non diversamente da quanto previsto per i cittadini italiani e grava sulle quote del FSN di parte corrente vincolate allo scopo, così come previsto dal Progetto Obiettivo di lotta all'AIDS per il triennio 1998-2000, di cui alla d.c.r. n. VI/936 dell'1 luglio 1998.

Nello specifico, in analogia con quanto previsto dall'art. 43 del citato d.P.R. 394/99, l'Azienda Sanitaria Locale che decide l'ammissione alla rete delle Unità di offerta extra-ospedaliere per malati di AIDS e ne rendiconta le prestazioni è quella competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. Qualora i pazienti stranieri ammessi alle cure extra-ospedaliere non fossero muniti del codice regionale di identificazione dell'assistito, previsto dall'art. 43 del d.P.R. 394/99, tale codice sarà rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale che li ammette alla rete dei servizi e dei presidi extra-ospedaliere per malati di AIDS, fatto salvo eventuali ulteriori indicazioni regionali. La rendicontazione delle prestazioni erogate dovrà essere evidenziata su scheda predisposta dalla Direzione Generale Sanità, nella quale sarà riportato il codice regionale di identificazione dell'assistito precedentemente citato.

Ogni Azienda Sanitaria Locale, prima di ammettere alla rete delle Unità di offerta extra-ospedaliere per malati di AIDS pazienti stranieri presenti sul territorio regionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e il soggiorno, dovrà verificare se gli stessi non siano già stati presi in carico precedentemente da altre Aziende Sanitarie o da altre Unità di offerta.

Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria per cittadini stranieri in Italia sulla base di trattati o accordi internazionali di reciprocità, accordi bilaterali o multilaterali sottoscritti dall'Italia, per i quali il rimborso delle prestazioni avviene secondo la normativa vigente, così come prevede l'art. 43, comma 7, del citato d.P.R. 394/99.

#### 6. Assistenza sanitaria dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria nell'area penale

La legge n. 231 del 12 luglio 1999, recante «Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misura cautelari nei confronti di soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altre malattie particolarmente gravi», norma l'esecuzione penale nei riguardi di soggetti particolarmente malati dove le esigenze di tutela della salute personale devono trovare composizione con le esigenze di tutela della salute dei compagni di pena e con le esigenze di sicurezza della collettività.

Fermo restando quanto riportato nel presente documento in materia di assistenza specialistica e farmaceutica dei pazienti affetti da infezioni da HIV o malati di AIDS, si precisa a seguito le modalità di attivazione dei servizi sanitari regionali in attuazione di quanto previsto dalla citata legge 231/99.

##### 6.1 Accertamenti sanitari

La possibilità di usufruire dei benefici previsti dalla citata legge 231/99 è condizionata dalla definizione di malato di AIDS conclamata o di soggetto affetto da grave deficienza immunitaria.

La legge prevede che tale definizione, come pure le procedure diagnostiche e medico legali per il relativo accertamento, sia demandato ad un apposito decreto interministeriale del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero della Giustizia che è stato emanato il 21 ottobre 1999.

In particolare il citato Decreto interministeriale prevede che:

a) la definizione di casi di AIDS conclamata ricorra, ai fini di cui all'art. 1 della legge 12 luglio 1999, n. 231, nelle situazioni indicate nella circolare del Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9;

b) la grave deficienza immunitaria ricorre, ai fini di cui all'art. 1 della legge 12 luglio 1999, n. 231, quando, anche in assenza di identificazione e segnalazione ai sensi della circolare di cui al punto a), la persona presenti anche uno solo dei seguenti parametri:

- numero dei linfociti TCD4 + pari o inferiori a 100/mmc,

come valore ottenuto in almeno due esami consecutivi effettuati a distanza di quindici giorni l'uno dall'altro;

- indice di Karnofsky pari al valore di 50.

Tuttavia la legge 231/99 prevede che, qualora ricorrano esigenze diagnostiche finalizzate ad accertare se una persona soggetta a misure restrittive o privative della libertà sia affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o esigenze terapeutiche e tali esigenze non possono essere soddisfatte nell'ambito penitenziario, il giudice può disporre il ricovero provvisorio in un'ideale struttura del Servizio Sanitario Nazionale con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale o del Ministero della Giustizia come da normativa vigente. L'ideale struttura evocata dal disposto legislativo è l'Unità Operativa di Malattie Infettive Ospedaliere, l'unica in grado di garantire i necessari approfondimenti diagnostici nonché abilitato alla prescrizione e fornitura delle specialità medicinali di fascia H, di cui al d.m. Sanità del 17 maggio 1996.

### 6.2 Misure cautelari

La legge 231/99 prevede che non può essere disposta o mantenuta la custodia cautelare in carcere se l'imputato è affetto da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, accertata ai sensi del citato Decreto del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero della Giustizia del 21 ottobre 1999, per cui le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione o comunque sono tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.

Qualora sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture sanitarie e penitenziarie non sia possibile senza pregiudizio per la salute del detenuto e degli altri detenuti, il giudice può disporre la misura degli arresti domiciliari presso luogo di cura, di assistenza e di accoglienza idoneo.

A tal fine, l'ammissione alla rete delle strutture extra-ospedaliere deputate alla cura ed all'assistenza dei malati di AIDS deve essere attivata attraverso il Responsabile del Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate d'intesa con il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione. Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente o in quanto ambito di residenza del soggetto o, per gli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed il soggiorno sul territorio nazionale o per i senza fissa dimora, in quanto luogo in cui tali prestazioni sono erogate, autorizza l'ammissione nelle strutture extra-ospedaliere per malati di AIDS o sindromi AIDS correlate sulla base:

- dell'accertamento, predisposto dall'Azienda Sanitaria Locale o dall'Istituto penitenziario, che trattasi di paziente affetto da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria;
- della valutazione multidimensionale del bisogno in termini contestuali, clinici di disabilità e severità clinica ed assistenziale, predisposta dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno o assumono in carico il paziente, così come previsto dalla scheda di valutazione predisposta dalla Regione;
- del piano individualizzato di assistenza, predisposta dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale, concordato con il paziente e la sua famiglia in grado di rispondere ai suoi bisogni e che tiene conto delle eventuali prescrizioni del giudice e sia rispettoso dei criteri di accesso alle Unità di offerta ordinate agli interventi nel settore;
- della proposta al giudice della struttura più idonea alle esigenze cliniche ed assistenziali del soggetto, predisposta dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale;
- della verifica periodicamente del piano e del progetto assistenziale individualizzato al fine di adeguare la risposta al mutare del bisogno del paziente, nel rispetto dei tempi massimi di assistenza stabiliti dalla Regione.

Qualora il giudice accetti l'inserimento del paziente nella struttura proposta dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno o assumono in carico il paziente, questi devono garantire l'accompagnamento alla presa in carico del soggetto da parte della struttura e la verifica in itinere del progetto assistenziale individualizzato da questa predisposto.

Anche in questo caso, contestualmente deve essere individuato un operatore dell'Azienda Sanitaria Locale referente del paziente.

Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, d'intesa

con il Responsabile del Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate, comunica al giudice l'eventuale esigenza di ammissione del paziente ad altra struttura per il miglioramento delle condizioni salute o l'eventuale proroga, motivata e documentata dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il paziente.

Qualora il malato affetto da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria fosse detenuto presso un Istituto penale, compete agli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio ha sede l'Istituto, in collaborazione con il medico infettivologo penitenziario, o, in sua assenza, con il medico responsabile sanitario dell'Istituto, procedere alla valutazione del soggetto attivando i necessari rapporti con gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del soggetto ai fini di garantire la presa in carico dello stesso e la necessaria continuità terapeutica ed il conseguente reinserimento sociale. Ovviamente l'ammissione alla struttura prescelta compete all'Azienda Sanitaria Locale di residenza del soggetto e conseguentemente sulla stessa gravano i relativi oneri.

In ogni caso l'Azienda Sanitaria Locale competente per la valutazione della situazione dei detenuti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria può avvalersi della propria équipe, che già opera presso l'Istituto penitenziario, fermo restando il rispetto delle relative competenze e delle conseguenti responsabilità.

### 6.3 Misure alternative alla detenzione

La legge 231/99 prevede che, su istanza dell'interessato o del suo difensore, coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, accertata ai sensi del citato Decreto del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero della Giustizia del 21 ottobre 1999, che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le Unità operative di malattia infettive ospedaliere o universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS, possono accedere alle misure alternative dell'affidamento in prova e della detenzione domiciliare, di cui agli artt. 47 e 47 ter della legge 26 luglio 1975, n. 354, sue successive modificazioni e integrazioni.

A tal fine l'istanza deve essere corredata da una certificazione del Servizio sanitario pubblico competente o del Servizio sanitario penitenziario attestante le condizioni di salute del malato e la concreta fattibilità del programma di cura in corso o da attuare, così come previsto all'art. 47 quater, comma 2, della legge n. 354 del 26 luglio 1975, così come modificato dall'art. 5 della citata legge 231/99.

Premesso che non può darsi che attestazioni prodotte da strutture o da persone non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale possano determinare oneri a gravare sul Fondo Sanitario Nazionale, l'attivazione dei servizi, pubblici o accreditati, del Servizio Sanitario Nazionale deputati alla cura e assistenza dei malati di AIDS deve avvenire nel rispetto delle regole vigenti per l'accesso a tali strutture.

Premesso, altresì, che il Progetto Obiettivo di lotta all'AIDS per il triennio 1998-2000, di cui alla d.c.r. n. VI/936 dell'1 luglio 1998, prevede che l'assistenza extra-ospedaliere per malati di AIDS è affidata all'Azienda Sanitaria Locale, che allo scopo si avvale del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate nonché degli altri Dipartimenti, l'interessato o il suo difensore, qualora voglia intraprendere un programma di cura e di assistenza, richiede, anche tramite gli operatori penitenziari o il CSSA, il certificato sanitario, di cui all'art. 47-quater, comma 2, della legge n. 354 del 26 luglio 1975, così come modificato dall'art. 5 della citata legge 231/99, al Responsabile del Dipartimento Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, così come definito nel paragrafo delle misure cautelari.

Il Responsabile del Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate, d'intesa con il Responsabile del Dipartimento Prevenzione, attiva, attraverso l'operatore referente, gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il paziente che, in collaborazione con il medico infettivologo penitenziario, o, in assenza, con il medico penitenziario responsabile sanitario dell'Istituto penitenziario e dall'assistente sociale del CSSA, nonché di quella del Comune, qualora necessario:

- accertano che trattasi di paziente affetto da AIDS conclamata o grave deficienza immunitaria. Qualora non fosse ancora stata diagnosticata o il quadro diagnostico non

risultasse sufficientemente definito, l'Azienda Sanitaria Locale, nell'ambito degli accordi tra Azienda Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliera, attiva le dovute procedure ai fini del necessario approfondimento diagnostico;

- valutano la multidimensionalità del bisogno in termini contestuali, clinici, di disabilità e di severità assistenziale in conformità con quanto previsto della scheda di valutazione predisposta dalla Regione;
- elaborano il piano individualizzato di assistenza, concordandolo con il detenuto malato di AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria coinvolgendo la sua famiglia. A tal fine può avvalersi dell'équipe dell'Azienda Sanitaria Locale che già presta la propria opera presso l'Istituto penitenziario, fermo restando il rispetto delle competenze e delle conseguenti responsabilità.

Sulla base dei criteri di ammissione alle Unità di offerta della rete dei presidi extra-ospedalieri per malati di AIDS previsti nel presente atto, gli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale, in collaborazione con gli operatori delle strutture coinvolte, concordano con il soggetto, la struttura più idonea per il programma di cura e assistenza del soggetto e ne acquisiscono il progetto individualizzato.

Il CSSA, nel suo ruolo tecnico, coordina le attività di competenza dell'Amministrazione penitenziaria nell'ambito dell'esecuzione penale con quelle di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale e dei Comuni, fornendo quelle notizie, ivi comprese le indicazioni della Direzione dell'Istituto in ordine all'osservazione – qualora effettuata ai sensi dell'art. 27, del d.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000 – utili a garantire una visione globale delle dinamiche sanitarie e sociali che investono le vicende personali e familiari dei malati di AIDS. A tale scopo concorre alla formulazione del piano individualizzato di assistenza, avendo riguardo alla specifica funzione di sostegno e controllo, formulando proposte al Magistrato per le prescrizioni da adottare nel provvedimento di affidamento ai servizi sociali.

La responsabilità clinica e assistenziale del piano individualizzato di assistenza è in capo all'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente e si esplica attraverso gli operatori che hanno in carico il soggetto e, pertanto, ogni variazione deve essere decisa o ratificata dagli stessi, attraverso l'attivazione dell'operatore dell'Azienda Sanitaria Locale referente del paziente. Compete alla struttura che accoglie il detenuto informare tempestivamente l'operatore dell'Azienda Sanitaria Locale referente del paziente del variare delle situazioni e questi il CSSA, soprattutto per quelle situazioni che influiscono sull'andamento dell'esecuzione della misura alternativa. Compete al CSSA riferire al giudice in ordine all'esecuzione delle misure alternative e sull'andamento del piano individualizzato di assistenza.

Il certificato, di cui all'art. 47-quater, comma 2, della legge n. 354 del 26 luglio 1975, così come modificato dall'art. 5 della citata legge 231/99, è rilasciato all'interessato od al suo difensore a firma del Responsabile del Dipartimento di Prevenzione con allegato l'attestazione delle condizioni di salute, la proposta di piano e di progetto individualizzato di assistenza e la dichiarazione di concreta fattibilità.

Qualora l'interessato abbia già in corso un programma di cura e di assistenza e/o fornisca una certificazione medica che attesti le condizioni di salute e la concreta fattibilità del programma, in attuazione di quanto previsto all'art. 3 del citato Decreto del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero della Giustizia del 21 ottobre 1999, compete all'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente validare tale programma con le modalità precedentemente indicate ai fini dell'ammissione alla rete dei servizi e dei presidi extra-ospedalieri per malati di AIDS e sindromi correlate.

Nessun onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale può essere riconosciuto per i soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria sottoposti a misure limitative o privative della libertà personale accolti presso le strutture della rete dei servizi e dei presidi per malati di AIDS senza la valutazione dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente nel rispetto delle procedure previste nel presente atto.

L'ammissione alla rete dei servizi e dei presidi extra-ospedalieri per i malati di AIDS riguarda senza limitazione alcuna tutti i detenuti presenti nel territorio lombardo, con la sola riserva per i detenuti senza fissa dimora o stranieri presenti sul territorio regionale, non in regola con le norme d'ingresso

o di soggiorno sul territorio nazionale, per i quali, in fase di prima applicazione, considerato l'elevato turn over esistente negli Istituti penali della Lombardia, l'ammissione alle strutture della rete dei presidi extra-ospedalieri per malati di AIDS deve considerarsi provvisoria, per il periodo di 1 anno, e puntualmente monitorata ai fini della valutazione della compatibilità dei costi.

Sarà, infine, premura dell'Azienda Sanitaria Locale sede dell'Istituto penale attivare l'Azienda Sanitaria Locale di residenza del detenuto per l'elaborazione del piano individualizzato di assistenza e, per i detenuti provenienti da altre Regioni, attivare i servizi competenti allo stesso scopo. Gli oneri di assistenza gravano sull'Azienda Sanitaria Locale di residenza, fatto salvo quanto previsto nel presente atto per gli stranieri presenti sul territorio regionale non in regola con le norme di soggiorno sul territorio nazionale e per i senza fissa dimora.

Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, d'intesa con il Responsabile del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, comunica al CSSA lo scadere dei tempi massimi di assistenza, l'eventuale ammissione ad altra Unità d'Offerta per il miglioramento delle condizioni del paziente o l'eventuale proroga, così come motivato e documentato dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Locale che hanno in carico il soggetto.

### 7. Malati di AIDS senza fissa dimora

Le rilevazioni su fenomeno AIDS in Lombardia evidenziano il numero crescente di persone affette da HIV finite sulla strada e bisognose di assistenza e cura.

In coerenza con quanto disposto dal Progetto Obiettivo di lotta all'AIDS per il triennio 1998-2000, tutte le persone senza fissa dimora malati di AIDS e sindromi AIDS correlate sono prese in carico dal Servizio Sanitario Regionale, garantendo loro le prestazioni assistenziali necessarie ed urgenti nelle strutture ospedaliere e su territorio.

Operativamente l'Azienda Ospedaliera che abbia ricoverato un paziente malato di AIDS e sindromi AIDS correlate senza fissa dimora, oltre a garantire l'assistenza specialistica e farmaceutica, così come previsto per tutti i cittadini, attiva l'Azienda Sanitaria Locale del territorio nei cui ambiti il paziente è stato soccorso ai fini di garantire allo stesso le opportunità offerte dalla rete dei presidi e dei servizi preposti all'assistenza extra-ospedaliera dei malati di AIDS.

L'Azienda Sanitaria Locale, con le procedure previste dal presente atto, individua l'Unità di offerta della rete dei presidi e dei servizi per l'assistenza dei malati di AIDS idonea a rispondere alle esigenze del paziente.

Compete a tale Unità di offerta, nell'ambito del progetto assistenziale individualizzato, adoperarsi, anche avvalendosi dei servizi dell'Azienda Sanitaria Locale e dell'Ente Locale, per la ricostruzione dei percorsi esistenziali del soggetto, ivi compresa la ricostruzione della ultima residenza, allo scopo di favorire, qualora possibile, percorsi di reinserimento sociale nel territorio di origine.

Se trattasi di cittadino italiano di cui si riesce a ricostruire la precedente residenza, compete all'interessato richiedere, ai sensi della legge sull'anagrafe, la reinscrizione presso il Comune dell'ultima residenza, supportato dagli operatori che hanno ricostruito il suo percorso esistenziale. Qualora si accerti che trattasi di straniero temporaneamente presente sul territorio regionale, non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno sul territorio nazionale, gli si fornisce il codice regionale di identificazione dell'assistito di cui al paragrafo 5 «Assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da HIV o malati di AIDS». In questi casi gli oneri assistenziali gravano, secondo la normativa vigente, sull'Azienda Sanitaria Locale nel cui ambito insiste il Comune di reinscrizione del soggetto. Qualora il Comune di residenza fosse situato in ambito extra-regionale, compete all'Azienda Sanitaria Locale che ha in cura il soggetto procedere a contattare l'Azienda Sanitaria Locale di residenza dello stesso ai fini, in quanto possibile, di un suo reinserimento nel contesto di vita e di relazione, nonché per il recupero delle somme dovute.

Qualora si tratti di cittadino italiano per il quale non sia possibile ricostruire l'ultima residenza, dopo aver documentato tale impossibilità, l'Azienda Sanitaria Locale che lo ha in cura procede alla rendicontazione degli oneri assistenziali relativi all'assistenza in centro diurno, casa alloggio, hospice e assistenza domiciliare, secondo le modalità indicate dalla Regione.

La struttura che lo ha in carico nel progetto assistenziale e

di cura individuale dovrà adoperarsi per favorire percorsi di reinserimento nel territorio in cui è ubicata la stessa, o in altro scelto in accordo con il paziente, anche ai fini dell'acquisizione di una residenza.

ALLEGATO 2

**NORME PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA  
DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AIDASS  
(AIDS Assessment)\***

**Valutazione funzionale globale di pazienti con AIDS**

La scheda, che costituisce un adattamento per i malati di AIDS della scheda G.E.F.I., va compilata, senza eccezione, in ogni sua parte. Nella copia da trasmettere alla Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione Sanitaria, anziché il cognome e nome del paziente, andrà indicato il codice elaborato in conformità con quanto stabilito nelle direttive sulla sorveglianza epidemiologica dell'infezione da HIV. In particolare, se il paziente è già conosciuto e inserito nella rete della sorveglianza delle infezioni da HIV andrà riportato lo stesso codice identificativo precedentemente assegnato. Questa modalità, a regime, permetterà, a partire dalla identificazione della sieropositività, di seguire l'evoluzione della malattia.

È prevista l'assegnazione di un solo punteggio per ogni item, ad eccezione dell'item 4, ove è possibile risposta multipla (ed i relativi punteggi vengono assommati).

Le attribuzioni di punteggio in area clinica (items 1-13) devono trovare riscontro in diagnosi relative a patologia fisica o mentale codificate ex ICD IX CM nel relativo spazio di sintesi (sono previsti spazi per massimo 4 patologie fisiche e quattro mentali; qualora eccedessero, vanno riportate le principali).

L'attribuzione di punteggio all'item 12 deve avvenire attraverso la preventiva valutazione secondo i criteri elencati nell'ultimo riquadro della seconda pagina (e relativa compilazione di quella parte della scheda).

Nella parte «note» debbono essere registrate eventuali particolarità del caso od elementi di complicità, in forma sintetica (ad esempio «tossicodipendente attivo», tipo di sostanze in uso come pure alcoolodipendenza. Questa indicazione sarà utilizzata nella sperimentazione per verificare quanto tale condizione esistenziale modifichi il peso degli items previsti nella scheda e richieda specifica attenzione ai fini del carico assistenziale).

L'attribuzione del Karnofsky score modificato deve avvenire secondo i relativi criteri, indipendentemente quindi dagli elementi valutativi compresi nella scheda.

Tutti i punteggi di pagina 1 e pagina 2 debbono essere sommati nello spazio predisposto a tal fine, cosiccome deve essere riportata la somma complessiva; questi risultati fungono da riferimento per l'applicazione dei «cut-off» di appropriatezza dell'assegnazione ai vari servizi/strutture (vedi Allegato 2).

L'esaminatore deve essere chiaramente identificabile (timbro e firma) e deve essere indicata la data di rivalutazione successiva del caso, secondo i parametri enunciati negli standard.

\* (A cura di E. Aronica, T. Belloni, G. Maccabruni, A. Mainini, M. Noli, L. Rancilio, F. Suter, C. Tosetto, A. Zambelli).

**VALUTAZIONE  
FUNZIONALE GLOBALE  
PAZIENTI AIDS**

sig. \_\_\_\_\_

data compilazione: |\_\_|\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|\_|

**AIDASS (AIDS Assessment)**

<b>1</b>	<b>1 capacità di movimento</b>	<b>2</b>	<b>capacità di spostamento</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cammina autonomamente</li> <li>• cammina con bastone o altro supporto</li> <li>• cammina con l'aiuto di un'altra persona</li> <li>• seduto su carrozzina</li> <li>• allettato</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto</li> <li>• organizza i propri spostamenti con il taxi od auto condotta da altri</li> <li>• usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno</li> <li>• può spostarsi solo con taxi od auto e con l'accompagnamento di altri</li> <li>• spostamento solo in ambulanza</li> </ul>
<b>3</b>	<b>stato mentale complessivo</b>	<b>4</b>	<b>Funzioni psichiche gravi alterazioni a carico di:</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non compromissioni di rilievo</li> <li>• difetti cognitivi lievi senza disturbi organici di personalità</li> <li>• disturbi di personalità con comportamenti aggressivi</li> <li>• psicosi con sintomi attivi</li> <li>• difetti cognitivi lievi con disturbi organici di personalità</li> <li>• difetti cognitivi gravi senza disturbi organici di personalità</li> <li>• difetti cognitivi gravi con disturbi organici di personalità</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di coscienza (disorientamento innalzamento vigilanza)</li> <li>• intelligenza (demenza/deficit preesistenti)</li> <li>• affettività (depressione/eccitazione)</li> <li>• ideazione (pensieri coattivi/delirio)</li> <li>• percezione (illusioni/allucinazioni)</li> </ul>
		<b>5</b>	<b>capacità di relazione verbale</b>
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 75	<ul style="list-style-type: none"> <li>• parla e comprende</li> <li>• comprende soltanto</li> <li>• non comprende</li> </ul>
<b>6</b>	<b>funzioni sensoriali</b>	<b>7</b>	<b>controllo degli sfinteri</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apparentemente normali</li> <li>• deficit tatto/gusto</li> <li>• deficit visivo e/o uditivo rilevante ma corretto con ausili</li> <li>• deficit uditivo grave (sente la parola con estrema difficoltà)</li> <li>• deficit visivo grave (non in grado di discriminare le persone)</li> <li>• deficit globale uditivo e visivo</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controllo completo</li> <li>• incontinenza urinaria episodica</li> <li>• incontinenza urinaria notturna</li> <li>• incontinenza urinaria diurna o fecale</li> <li>• portatore di catetere a permanenza</li> <li>• incontinenza doppia (urinaria e fecale)</li> </ul>
<b>8</b>	<b>piaghe da decubito</b>	<b>9</b>	<b>alimentazione</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assenti</li> <li>• superficiali (stadio I e II)</li> <li>• profonde (stadio III)</li> <li>• profonde e necrotiche</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indipendente/cucina da solo</li> <li>• mangia da solo pasti cucinati da altri</li> <li>• mangia da solo pasti predisposti in bocconi</li> <li>• deve essere imboccato</li> <li>• nutrizione parenterale</li> </ul>
<b>10</b>	<b>ritmo sonno-veglia</b>	<b>11</b>	<b>igiene personale ed abbigliamento</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regolare</li> <li>• irrequietezza notturna</li> <li>• sonnolenza diurna ed irrequietezza notturna</li> <li>• completa alterazione</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autonomia e sufficienza completa</li> <li>• necessità di aiuto e/o supervisione</li> <li>• deve essere lavato e vestito</li> </ul>
<b>12</b>	<b>fabbisogno di assistenza infermieristica *</b>	<b>13</b>	<b>fabbisogno assistenza medica</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non necessita assistenza infermieristica</li> <li>• necessità non quotidiana di assistenza infermieristica</li> <li>• A1</li> <li>• B1</li> <li>• A2</li> <li>• B2</li> <li>• A3</li> <li>• B3</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• settimanale</li> <li>• 2 volte a settimana</li> <li>• 3 volte a settimana</li> <li>• 4 volte a settimana</li> <li>• quotidiano</li> <li>• più volte nella giornata</li> </ul>

<b>14</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25	<b>situazione economico-finanziaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• completamente sufficiente</li> <li>• necessità di aiuto da parte dei parenti</li> <li>• necessità di aiuto da parte di conoscenti</li> <li>• precarietà economica</li> <li>• povertà (al di sotto del "minimo vitale")</li> </ul>	<b>15</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50	<b>situazione abitativa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alloggio idoneo</li> <li>• mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggio</li> <li>• barriere architettoniche che impediscono l'accesso al domicilio</li> <li>• senza ombra</li> </ul>
<b>16</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25	<b>contatto sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attivo ed autonomo senza limitazioni</li> <li>• autonomo nell'ambito del quartiere o paese</li> <li>• limitato al vicinato</li> <li>• limitato alla famiglia ed alla residenza</li> <li>• isolamento sociale</li> </ul>	<b>17</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 50	<b>situazione familiare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza</li> <li>• famiglia che necessita di aiuto</li> <li>• famiglia incapace o non collaborante</li> <li>• senza famiglia ed amici</li> </ul>

punteggio pag. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> punteggio pag. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	esaminatore: _____
sintesi: somma punteggi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	prevista rivalutazione il <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>sintesi: Karnofsky score (modificato)</b> <input type="checkbox"/> 100 normale, nessun sintomo, non evidenza di malattia <input type="checkbox"/> 90 in grado di svolgere attività normale; lievi sintomi o segni <input type="checkbox"/> 80 attività normale svolta con fatica; qualche segno o sintomo <input type="checkbox"/> 70 autosufficiente, ma incapace di normale attività lavorativa <input type="checkbox"/> 60 necessita di assistenza saltuaria, ma quasi completamente autonomo <input type="checkbox"/> 50 richiede notevole assistenza e frequenti cure mediche <input type="checkbox"/> 40 inabile; necessita di assistenza e cure speciali <input type="checkbox"/> 30 in gravi condizioni; indicata l'ospedalizzazione anche se la morte non è imminente <input type="checkbox"/> 20 molto grave; necessaria l'ospedalizzazione con intensa terapia di supporto <input type="checkbox"/> 10 moribondo pre-terminale	<b>sintesi: diagnosi ICD IX CM relative a patologie fisiche</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>sintesi: diagnosi ICD IX CM relative allo stato mentale</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

* valutazione del fabbisogno di assistenza infermieristica		
⇩ codice ⇨	A	B
⇩ descrizione ⇨	paziente non allettato	paziente allettato
<b>1 cura della persona/ terapia orale quotidiana</b>	<input type="checkbox"/> aiuto per igiene corpo <input type="checkbox"/> rilevazione parametri vitali <input type="checkbox"/> monitoraggio terapie <input type="checkbox"/> educazione sanitaria al paziente e famiglia	<input type="checkbox"/> igiene del corpo <input type="checkbox"/> prevenzione decubiti <input type="checkbox"/> rilevazione parametri vitali <input type="checkbox"/> monitoraggio terapie <input type="checkbox"/> educazione sanitaria al paziente e famiglia
<b>2 terapie parenterali una sola volta al giorno</b>	<input type="checkbox"/> preparazione "setting" assistenziale <input type="checkbox"/> preparazione e/o gestione accessi venosi <input type="checkbox"/> somministrazione terapie parenterali <input type="checkbox"/> mobilitazione attiva	<input type="checkbox"/> preparazione "setting" assistenziale <input type="checkbox"/> preparazione e/o gestione accessi venosi <input type="checkbox"/> somministrazione terapie parenterali <input type="checkbox"/> mobilitazione
<b>3 terapie parent. due o più volte al giorno/ nutrizione parenterale</b>	<input type="checkbox"/> organizzazione giornata assistenziale <input type="checkbox"/> gestione sonde e cateteri	<input type="checkbox"/> organizzazione giornata assistenziale <input type="checkbox"/> gestione sonde e cateteri

***Punteggi minimi di disabilità e di severità clinica ed assistenziale, di cui alla Scheda di valutazione multidimensionale AIDASS, necessari per l'ammissione alle diverse tipologie dei servizi o presidi extra-ospedalieri per malati di AIDS***

<b>tipologia</b>	<b>minimi</b>	<b>punteggio totale</b>	<b>punteggio area clinica</b>	<b>punteggio area sociale</b>	<b>altro</b>
<b>assistenza domiciliare</b>		150	100	=	
<b>centro diurno</b>		180	100	40	
<b>casa-alloggio di media intensità assistenziale</b>		220	120	40	
<b>hospice</b>		400	400	=	item 12 > = 60 item 13 > = 50

Per l'ammissione ai diversi presidi e strutture il singolo malato di AIDS, valutato con la Scheda di cui all'allegato 1, deve raggiungere i punteggi minimi indicati nella tabella.

Nel caso di Hospice devono essere considerati anche i risultati degli items 12 e 13.

Per punteggio area clinica si intende il punteggio della prima pagina della scheda di valutazione, per punteggio area sociale si intende il punteggio della seconda pagina della scheda.